



PDF hosted at the Radboud Repository of the Radboud University Nijmegen

The following full text is a publisher's version.

For additional information about this publication click this link.

<http://hdl.handle.net/2066/24446>

Please be advised that this information was generated on 2017-12-05 and may be subject to change.

Adviezen bij keelpijn

E.H. VAN DE LISDONK

Van de Lisdonk EH. Adviezen bij keelpijn. *Huisarts Wet* 1997; 40(3): 106-9.

Samenvatting De NHG-standaard acute keelpijn biedt goed bruikbare richtlijnen voor de bijzondere situaties waarin een behandeling met antibiotica is aangewezen, maar zwijgt bijna volledig over niet-medicamenteuze maatregelen die van nut zouden kunnen zijn. Er werd een intensieve zoektocht verricht in de medisch wetenschappelijke literatuur. Daaruit bleek dat er geen wetenschappelijke basis is voor de niet-medicamenteuze maatregelen bij acute keelpijn, als gevolg van het ontbreken van goed opgezette onderzoeken waarin dergelijke maatregelen worden geëvalueerd. Gezien de gewoonlijk uitstekende prognose van acute keelpijn kan behandeling feitelijk met een gerust hart worden overgelaten aan de zelfzorg van de patiënt, al is kennis van enkele alarmerende situaties wenselijk. Het meest rationele advies bij acute keelpijn is een stop-roken advies.

Dr. E.H. van de Lisdonk, huisarts,
229 Vakgroep Huisartsgeneeskunde, Sociale
geneeskunde, Verpleeghuisgeneeskunde,
Katholieke Universiteit Nijmegen,
Postbus 9101, 6500 HB Nijmegen.

Inleiding

Patiënten die het spreekuur bezoeken vanwege acute keelpijn, stellen hun huisarts gewoonlijk niet voor grote diagnostische problemen. De richtlijnen in de NHG-Standaard Acute Keelpijn bieden een goed houvast.¹ De anamnese is eenvoudig, en de inspectie van de mond-keelholte en de palpatie van de hals leveren de benodigde informatie voor het beleid. De huisarts is hierbij gespitst op bijzondere zaken, zoals een (dreigend) peritonsillair abces, mononucleosis infectiosa, herpeslaesies of een verdenking op leukemie. Het merendeel van de patiënten met keelpijn blijft hiervan gevrijwaard.

Het geprotocolleerde deel van het consult vraagt niet meer dan drie tot vijf minuten. Meer uitdaging bevat het niet-geprotocolleerde deel, in het bijzonder de vraag wat de patiënt ertoe heeft gebracht om de hulp van de huisarts te vragen. Deze vraag is legitiem, omdat patiënten uit ervaring weten dat acute keelpijn spontaan overgaat. De hulpvraag bij keelpijn vormt in mijn ogen het interessantste en meest relevante deel van het consult. Het is een kunst om de cognities van de patiënt met keelpijn, zijn fantasieën, associaties en verwachtingen te achterhalen en deze te hanteren als richtsnoer voor het beleid.

Wat kan een huisarts zoal ontmoeten bij het uitdiepen van de hulpvraag bij acute keelpijn? Een diversiteit aan ervaringen komt bij mij boven: de patiënt wil niet uitvallen bij het werk en de volle beschikking over zijn stem behouden, hij is bang om ziek te worden, om besmettelijk te zijn voor anderen, hij begrijpt niet waarom hij nu alweer een bovenste-luchtwegaandoening heeft en heeft twijfels over de eigen conditie en de effectiviteit van de eigen afweer; de patiënt heeft zelf pijnlijke lymfeklieren opgemerkt en is daar verontrust over, hij vindt de keelpijn te lang duren, vreest een ernstige ontsteking of is ervan overtuigd dat het ditmaal geen gewone virale aandoening is. Functionele hinder, onzekerheid over de genezingskracht van het eigen lichaam en een ongekennde duur of ernst zijn aanleiding om te vragen om

een andere behandeling dan men zelf al heeft toegepast.

Dit aspect van de hulpvraag wordt op uiteenlopende manieren bij de huisarts aan de orde gesteld, variërend van een verkennende vorm ('wat kan ik nu het beste gebruiken?') tot de meer dwingende vraag om een 'paardenmiddel'. Op zijn minst zijn deze therapeutische vragen begrijpelijk. De docent die de laatste weken van het semester geen verstek kan laten gaan, de lerares zang op de muziekschool, de jonge moeder van een druk huisgezin, de aanstaande bruidegom, ieder houdt de huisarts zijn persoonlijke context voor, die onomstotelijk duidelijk maakt dat een (paarden)middel in dit geval meer dan gewenst is.

Gewoonlijk bedoelt de patiënt dan een antibioticum. De huisarts heeft daarvoor echter zijn professionele indicaties. Deze indicaties vormen in elk geval het vertrekpunt voor de therapeutische overwegingen, ook al hanteren huisartsen in de praktijk mogelijk een ruimere indicatiestelling voor antibiotica dan in de standaard wordt genoemd.^{2,3} Overigens is onbekend in welk deel van de gevallen waarin acute keelpijn met antibiotica wordt behandeld, dat gebeurt conform de genoemde professionele indicaties.

Het geprotocolleerde handelen bij acute keelpijn leidt ertoe dat het merendeel van deze patiënten bij voorkeur geen antibioticum krijgt voorgeschreven, hoeveel begrip de huisarts ook kan opbrengen voor de netelige positie waarin zij verkeren. Wat heeft de huisarts wél te bieden?

Een eerste oriëntatie op het antwoord krijgt de huisarts door te vragen wat de patiënt zelf heeft ondernomen. Sommige patiënten gorgelen al enkele dagen met kamille, andere slikken de hele dag door drop in combinatie met paracetamol, of drinken liters thee. De standaard is hierover kort: '... rust en zo nodig pijnstilling; de werkzaamheid van keeltabletten, gorgeldranken en dergelijke is niet aangetoond.'

In tegenstelling tot de doorgaans grote zorgvuldigheid waarmee beweringen in de standaarden worden gestaafd, bevat de

standaard op dit punt geen enkele verwijzing naar de literatuur. Dat was reden om een verkennend onderzoek te doen met als uitgangspunt de volgende vragen:

- In hoeverre is de effectiviteit van niet-medicamenteuze behandelingen van keelpijn wetenschappelijk onderzocht?
- Welke niet-medicamenteuze behandelingen van keelpijn worden aan (huis)-artsen aanbevolen, ook zonder dat wetenschappelijke evidentie aanwezig is? Welke etiologische of pathofysiologische rechtvaardigingen worden bij deze adviezen verondersteld, en in hoeverre zijn deze rationalisaties wetenschappelijk getoetst?

Methode

De eerste vraagstelling is benaderd door een systematische search in Medline (Silverplatter), gecombineerd met een handmatige search in wetenschappelijke huisartsgeneeskundige tijdschriften. Voor de Medline-search werd uitgegaan van de volgende trefwoorden: 'sore throat', 'pharyngitis', 'tonsillitis'. Gezocht werd naar combinaties hiervan met 'fluid-therapy', 'diet-therapy', 'respiratory therapy', 'self-care' en 'self-medication'. Gezocht is over de periode 1974-1994. Voor de handmatige search werden de jaren 1985-1994 als zoekperiode aangehouden. Gezocht werd in de volgende tijdschriften: Huisarts en Wetenschap, Family Practice, British Journal of Family Practice (voorheen Journal of the Royal College of General Practitioners) en Scandinavian Journal of Primary Health Care. Voor een ruimere benadering van de huisartsgeneeskundige literatuur werd tevens FAMLI geconsulteerd voor de beschikbare jaargangen van 1987-1991.

Voor de tweede en derde vraagstelling werd allereerst een beroep gedaan op huisartsgeneeskundige leerboeken uit Nederland,⁴⁻⁶ Engeland,⁷⁻¹⁰ Australië,¹¹ Canada¹² en de USA.¹³ Daarnaast werden de jaargangen 1985-1994 van volgende nascholings tijdschriften doorgenomen: Practitioner, Tijdschrift voor Huisartsgeneeskunde, Patient Care, Australian Family Physician, Canadian Family Physician en Ame-

rican Family Physician. Tot slot werden drie Nederlandstalige, voor leken geschreven boeken geraadpleegd.¹⁴⁻¹⁶

Deze literatuur werd doorzocht via de trefwoorden keelpijn, faryngitis en tonsillitis (sore throat, pharyngitis, tonsillitis). De gevonden passages werden vervolgens gescreend op de aanwezigheid van een paragraaf over behandeling. Wanneer daarin niet-medicamenteuze therapeutische adviezen werden gegeven, werden de inhoud van die adviezen, de aan- of afwezigheid van een rationale en eventueel de inhoud van die rationale genoteerd.

Resultaten

Effectiviteit van niet-medicamenteuze behandeling

De Medline-search op basis van de trefwoorden 'sore throat', 'pharyngitis' en 'tonsillitis' leverde gemiddeld 242 artikelen per jaar op (spreiding 155-349). In combinatie met de gekozen therapiespecificaties bleven vijf artikelen over, in combinatie met de trefwoorden voor zelfbehandeling drie. Van deze acht artikelen was er één in het Spaans gepubliceerd, en één in het Russisch; een derde artikel had betrekking op het gebruik van huismiddeltjes in Centraal-Afrika. De overgebleven vijf artikelen bleken niet te gaan over de niet-medicamenteuze behandeling van acute keelpijn, maar over tonsillitis als complicatie bij de analyse van oorpijn,¹⁷ het gebruik van thermaalbaden bij KNO-aandoeningen,¹⁸ KNO-problemen veroorzaakt door de zelfbehandeling,¹⁹ epiglottitis en behandeling²⁰ en ibuprofen als zelfmedicatie bij keelpijn.²¹

De handmatige search maakte duidelijk hoe vaak er is geschreven over antibioticagebruik bij acute keelpijn en over de diagnostiek (in het bijzonder over de streptest). Nog opvallender is dat in de passages waarin het te gemakkelijk voorschrijven van antibiotica aan de orde is, wel wordt gewezen op de analgetica als alternatief, maar niet op niet-medicamenteuze maatregelen.

Deze zoektocht leverde slechts twee artikelen op. Het eerste betrof een observa-

tioneel onderzoek, waarin bleek dat 82 procent van de spreekkamerbezoekers met klachten van de bovenste-luchtwegen zelfmedicatie had gebruikt, vooral een eenvoudig analgeticum, honing en/of citroen; dit gebeurde het meest onder patiënten van Afro-Caribische afkomst.²² Het tweede artikel had betrekking op een gerandomiseerd onderzoek onder patiënten met acute tonsillitis, die allen met penicilline werden behandeld. De onderzoeksgroep, die tevens gedetailleerd werd geïnformeerd over diagnose, behandeling en prognose, had twee dagen later significant minder klachten dan de controlegroep, die deze informatie niet kreeg.²³

Aanbevelingen aan huisartsen en hun rationale

Het onderzoek van de huisartsgeneeskundige leerboeken leverde interessante informatie op. In de leerboeken uit Noord-Amerika en Australië bleek dat niet-medicamenteuze behandelingen, indien al genoemd, uitsluitend worden aanbevolen als een toevoeging aan de basisbehandeling, en die bestaat uit het voorschrijven van penicilline. In de Nederlandse en Engelse leerboeken ligt dat fundamenteel anders: de auteurs zijn ervan overtuigd dat het natuurlijk beloop (dus zonder medicamenteuze beïnvloeding) gunstig is. Met name ontbreekt de angst voor een streptokokkeninfectie, die in de Amerikaanse leerboeken de boventoon voert, in de Nederlandse en Engelse leerboeken als leidraad voor het handelen. Dit zou overigens bij verandering van de antigene eigenschappen van streptokokken in de nabije toekomst weleens anders kunnen komen te liggen.²⁴

Aanbevolen niet-medicamenteuze behandelingen bij acute keelpijn waren: veel drinken (sommigen adviseren hete dranken, anderen juist koude dranken en ijs), honing, citroen en gorgelen, al waarschuwen sommigen tegen te lang gebruik hiervan. Slechts in één boek¹⁰ wordt een stoprokenadvies gegeven. De rationale achter deze niet-medicamenteuze maatregelen wordt niet besproken.

De nascholingsliteratuur levert globaal hetzelfde beeld op. In Australië wordt een

tonsillitis, na het afnemen van een keelwat voor de kweek, behandeld met penicilline; voor een faryngitis, vaak ook na kweken, worden spoelvloeistoffen en gargarismata voorgeschreven.²⁵⁻²⁹ In Noord-Amerika staan de reeds genoemde aandacht voor streptokokken, de noodzaak van kweken en de vraag waarmee dan wel, centraal. Sommigen zien in de kweken het voordeel dat sommige patiënten met acute keelpijn niet met penicilline behoeven te worden behandeld.³⁰ In geen enkel artikel worden niet-medicamenteuze maatregelen besproken; wél meldt een auteur andere behandelingen, zoals vitamine C en zinkgluconaat, dat in vitro de groei van verkoudheidsvirussen zou remmen, maar vanwege de smaak onacceptabel is.³¹ In Engeland en Nederland wordt, afgaande op de nascholingsliteratuur uit de periode 1985-1994, buitengewoon weinig aandacht besteed aan de acute keelpijn.

In de drie populair-wetenschappelijke boeken staan concrete adviezen met een verklarende toelichting: gorgelen lost het in de keel vastgeplakte slijm op, en zuigtabletten ontsmetten de keel; de keelpijn gaat er niet van over, maar de genezing wordt een beetje bevorderd door het stimuleren van de slijmvliezen, die beter doorbloed raken;¹⁴ geef de keel rust door niet te roken en een vloeibaar dieet te gebruiken; gorgeldranken verlichten de symptomen;¹⁵ stop roken, gebruik geen sterke drank, spoel de keel met bosbessensap en rode wijn.¹⁶

Beschouwing

Deze uitgebreide zoektocht in de medische literatuur heeft geen onderzoeksbevindingen aan het licht gebracht die zouden kunnen dienen als onderbouwing voor niet-medicamenteuze adviezen bij acute keelpijn. Er werd wel een variëteit aan uitspraken en adviezen gevonden zonder de gezochte wetenschappelijke evidentie. Daarbij bleek dat de ervaringen van patiënten met zelfbehandeling niet in gesystematiseerde vorm zijn vastgelegd, dat de huisartsgeneeskundige leerboeken weinig en inhoudelijk niet uniform aandacht be-

steden aan zelfbehandeling, en dat wetenschappelijk onderzoek naar de effectiviteit van alledaagse remedies vrijwel niet is verricht.

Het best geïnformeerd lijken de boeken voor patiënten. De daarin gegeven adviezen lijken te berusten op de gedachte dat de sensibele innervatie van de keel (verzorgd door de nervus vagus) zo weinig mogelijk moet worden geprikkeld. Dit is duidelijk terug te vinden in het stop-rokenadvies. Mogelijk dat de adviezen aangaande een vloeibaar dieet en gebruik van zuigtabletten vooral de bevochtiging van de farynxwand beogen teneinde de sensibele prikkeling te verminderen, die het gevolg is van uitdroging (dat geldt ook het gebruik van citrusvruchten). Misschien dat gorgeldranken hetzelfde effect bereiken, hoewel de heftig trillende beweging die met het pallatum molle bij gorgelen wordt gemaakt, eerder prikkelend zou kunnen werken. Mogelijk wordt daarbij dan inderdaad de doorbloeding versterkt, maar wat voor effect heeft dat op pijnsensaties? Of ook de adstringerende werking van bosbessensap en rode wijn (blijkbaar niet behorend tot de 'sterke dranken') tot een zekere sensibele 'doofheid' leidt, is bij mijn weten een onbeantwoorde vraag. Impliciet ligt aan deze verklaringen de gedachte ten grondslag, dat de keelpijn veroorzaakt wordt door prikkeling van de sensibele zenuwuiteinden als gevolg van slijmvliesbeschadiging door bijvoorbeeld virale infecties of direct toxische stoffen. Als dit theoretische model juist is, zijn maatregelen ter preventie van het ontstaan van slijmvliesschade als rationeel aan te merken; alle overige maatregelen zijn hooguit symptomatisch.

Wat betekent het nu dat er een solide basis ontbreekt voor het therapeutisch advies aan patiënten met acute keelpijn?

Keelpijn komt veel voor, maar er is geen sprake van een volksgezondheidsprobleem: de levensverwachting wordt er niet door beïnvloed (witte raven daargelaten), de klacht speelt waarschijnlijk een bescheiden rol bij school- en werkverzuim (maar ik beschik niet over cijfers in deze)

en de belasting voor de gezondheidszorg is slechts gering (laag percentage consulteert vanwege deze klacht de huisarts, de huisarts doet weinig aanvullend onderzoek en verwijst vrijwel nooit voor deze klacht). Het probleem ligt eigenlijk geheel in handen van de patiënt. De patiëntervaart de klachten, ondergaat de invloed van de acute keelpijn op de kwaliteit van leven en voelt – voor zover hij ingaat op de aanbiedingen van reclame, drogisterij en alternatieve circuit – de economische gevolgen in de eigen portemonnaie. Hulp vragen is onnodig; het natuurlijk beloop is gunstig en uit eerdere eigen ervaringen bekend.

De geneeskunde kan op grond van diezelfde overwegingen aan de zijlijn blijven. Het is onwaarschijnlijk dat een rationele therapie wordt gevonden die leidt tot een kortere ziekteduur dan thans spontaan optreedt bij het achterwege laten van interventies.

Als medisch relevant resteert de differentiatie tussen gewone acute keelpijn en bijzondere gevallen. Een irregulier beloop van de klachten en abnormale diagnostische bevindingen moeten de arts op het goede spoor zetten. Een consult vanwege acute keelpijn is medisch gezien overbodig, ook bij duidelijk vergrote keelamandelen en/of een erg rode keel, tenzij:

- de keelpijn na verloop van één week ernstiger wordt en/of gepaard gaat met oplopende koorts en algemeen ziek-zijn (dreigend peritonsillair abces, sepsis, immuunstoornis);
- er een dik wit of grijs beslag op de keelwand en verhemeltebogen zit (mononucleosis infectiosa, angina van Plaut-Vincent, difterie, candida, leukoplakie);
- er kleine bloedinkjes worden gezien op wangslimvlies of op de huid (bloedziekten, auto-immuunziekten);
- de patiënt immuun-gecompromiteerd is.

Als er van deze bijzondere situaties geen sprake is, zal een goede vraagverheldering de huisarts helpen om de ideeën waarmee de patiënt naar de huisarts is gekomen, te bespreken en zo nodig te corrigeren.

Literatuur

- 1 Balder FA, Dagnelie CF, De Jong LJ, Kootte H. NHG-Standaard Acute Keelpijn. Huisarts Wet 1990; 33: 323-6.
- 2 Boekhoorn HCM, Van Ree JW, Dubois V. Antibiotica bij acute keelpijn. Een inventariserend onderzoek naar de toepassing van een NHG-standaard. Huisarts Wet 1992; 35: 70-1.
- 3 De Melker RA, Kuyvenhoven MM, Van der Velden J. Voorschrijf- en verwijsgedrag van huisartsen bij bovenste-luchtweginfecties. Huisarts Wet 1993; 36: 7-10.
- 4 Van Es JC. Patiënt en huisarts. Een leerboek huisartsgeneeskunde. 3e dr. Utrecht: Bohn, Scheltema & Holkema, 1984.
- 5 Lamberts H. In het huis van de huisarts. 2e dr. Lelystad: MediTekst, 1994.
- 6 Van de Lisdonk EH, Van den Bosch WJHM, Huygen FJA, Lagro-Janssen ALM, red. Ziekten in de huisartspraktijk. 2e dr. Utrecht: Bunge, 1994.
- 7 Hodgkin K. Towards earlier diagnosis. London: Churchill Livingstone, 1973.
- 8 Fry J. Common diseases. Lancaster: MTP Press, 1979.
- 9 Barber JH, ed. General practice medicine. Edinburgh: Churchill Livingstone, 1984.
- 10 Drury M, Hobbs R. Treatment and prognosis. London: Heinemann, 1990.
- 11 Murtagh J. General practice. Roseville: McGraw-Hill, 1994.
- 12 Shires DB, Hennen BK, Rice DI. Family medicine. 2nd ed. New York: McGraw-Hill Book, 1987.
- 13 Rakel RE, ed. Textbook of family practice. Philadelphia: Saunders, 1990.
- 14 Wolffers I. Medicijnenstrip. Baarn: Ambo, 1977.
- 15 Smith T, Haneveld GT. Medisch gezondheidsboek voor het hele gezin. Ede: Zomer en Keuning, 1982.
- 16 Elseviers nieuwe medische encyclopedie. Amsterdam: Bonaventura, 1995.
- 17 Beddoe GM. Otagia. Am Fam Physician 1975; 11: 108-10.
- 18 Misson R, Lamas H, De Bourguesdon JM. Le thermalisme à Luchon. Acta Otorhinolaryngol Belg 1977; 31: 41-8.
- 19 Schramm VL. Physician and patient-induced diseases in otolaryngology office practice. Laryngoscope 1976; 86: 1524-30.
- 20 Miller GW. Acute epiglottitis in adults. Am Fam Physician 1982; 26: 183-5.
- 21 Furey SA, Waksman JA, Dash BH. Non-prescription of ibuprofen: side effects profile. Pharmacotherapy 1992; 12: 403-7.
- 22 Gillam SJ. Sociocultural differences in patients' expectations at consultations for upper respiratory tract infection. J R Coll Gen Pract 1987; 37: 205-6.
- 23 Olsson B, Olsson B, Tibblin G. Effect of patients' expectations on recovery from acute tonsillitis. Fam Pract 1989; 6: 188-92.
- 24 Weytens JTNM, Van de Lisdonk EH. Erysipelas, nu een milde streptokokkeninfectie. Huisarts Wet 1994; 37: 353-6.
- 25 Kemp R. Viral infections of the respiratory tract. Austr Fam Physician 1985; 14: 366-74.
- 26 Bampton J. Respiratory tract infections. Austr Fam Physician 1985; 14: 402-10.
- 27 Murtagh J. Acute sore throat. Austr Fam Physician 1990; 19: 1111-5.
- 28 Bridges-Webb C. The management of common respiratory infections. Austr Fam Physician 1992; 21: 97-113.
- 29 Britt H, Meza RA, Charles J, et al. The management of URTI in general practice. Results of the Australian morbidity and treatment survey 1990-1991. Austr Fam Physician 1994; 23: 907-13.
- 30 Hutten-Czapski P. Treating sore throats: practice vs. theory. Can Fam Physician 1987; 33: 1617-21.
- 31 Saroca HG. Common colds. Causes, potential cures and treatment. Can Fam Physician 1993; 39: 2215-20.